

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Skizofrenia

##### 2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata “*skizo*” yang berarti retak / pecah, dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Penderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan kepribadian (Hawari, 2012). Penyakit skizofrenia diartikan sebagai penyakit yang terpecah, antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Penyakit skizofrenia atau *schizophrenia* adalah penyakit yang diartikan sebagai kepribadian yang terpecah, antara pikiran, perasaan, serta perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan apa yang dipikirkan dan perasaannya. Secara spesifik skizofrenia yaitu seseorang yang mengalami gangguan emosi, pikiran, dan perilaku (Prabowo, 2014).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik kronik yang mengalami gangguan proses pikir, berkomunikasi, emosi dan perilaku dengan gangguan menilai realita, pemahaman diri buruk dan kemunduran hubungan interpersonal (Caturini, 2014).

Skizofrenia ialah masalah kejiwaan yang dapat dilihat dengan ciri, disorganisasi kepribadian yang parah, distorsi realita dan ketidakmampuan berinteraksi dengan kehidupan sehari-hari. Seseorang yang mengalami Skizofrenia biasanya pikirannya tidak seimbang, serta dapat mengalami hambatan perilaku maupun ilusi (Ardani & Tristiadi, 2013).

### 2.1.2 Etiologi

Skizofrenia di sebabkan karena gangguan utama pada fungsi kognitif yang menunjuk pada faktor organik karena afek meracuni diri sendiri (*auto intoxication*). Selanjutnya psikonalis mencoba menjelaskan penyebab skizofrenia dari bidang psikodinamik. Kini semakin banyak ditemukan bukti-bukti yang menunjukan dominasi peranan faktor biologis pada skizofrenia, seperti :

1. Abnormalitas struktur anatomi otak.
2. Defisit pada pemrosesan perhatian dan informasi.
3. Infeksi virus.
4. Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran dan stress pada kondisi lingkungan.
5. Faktor bawaan/genetik.

Petunjuk nyata peranan genetik pada skizofrenia kelihatan pada penelitian epidemiologi genetik yang memperlihatkan adanya peningkatan yang bermakna insiden skizofrenia dari keluarga penderita. Peneliti ini diperkuat dengan penelitian anak adopsi yang memperlihatkan tetap tingginya resiko untuk menderita skizofrenia pada anak yang berasal dari keluarga penderita skizofrenia, walaupun iya telah di adopsi oleh keluarga lain yang tidak ada skizofrenia. Penelitian terhadap anak kembar memperlihatkan resiko skizoifrenia scan otak, ternyata di temukan pula perubahan pada anatomi otak pasien, terutama pada penderita kronis, perubahanya ada pembesaran lateral ventrikel,

atrofi korteks bagian depan, dan atrofi otak kecil (cerebral lum)(Yosep & Sutini, 2014).

### 2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Tipe dan klasifikasi skizofrenia menurut Prabowo (2014), adalah :

#### 1. Skizofrenia simplex

Pada masa pubertas gejala pertama pada jenis simplek yang sering timbul pertama kali adalah emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali muncul.

#### 2. Skizofrenia hebefrenik

Awalnya perlahan/sub akut dan sering timbul pada masa remaja yaitu antara 15-25 tahun. Gejala yang menonjol adalah gangguan proses berpikir.

Gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/doublepersonality. Gangguan psikomotor seperti perilaku anak kecil sering terdapat pada bebefrenik, waham dan lebih banyak pada halusinasi.

#### 3. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pada umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik stupor katatonik.

#### 4. Stupor katatonik

Pada stuporkatatonik biasanya penderita tidak menonjolkan perhatian terhadap lingkunganya. Emosinya sangat pendek, gejala yang paling penting adalah gejala psikomotor seperti :

- a. Mutisme dengan mata tertutup
- b. Raut Muka tanpa mimik seperti topeng
- c. Stupor, penderita tidak bergerak untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan sampai beberapa bulan.

#### 5. Gaduh Gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya serta tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara/bergerak saja menunjukkan stereotopi, menerisme, grimas dan Neologisme, pasien tidak dapat tidur, makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi/kolaps dan dapat terjadi kematian.

#### 6. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid berbeda dari jenis - jenis yang lain dalam jalannya penyakit, sebelum dan katatonik lama kelamaan menunjukkan gejala gejala skizofrenia simplex, atau gejala gejala sebelum dan katatonik campuran, berbeda hal nya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan, gejala gejala yang paling menyolok adalah waham primer, disertai dengan waham waham sekunder dan halusinasi baru dengan pemeriksaan yang ternyata adanya gangguan pada proses pikir, gangguan efek emosi dan kemauan.

Skizofrenia paranoid biasanya muncul diatas umur 30 tahun. Permulaanya mungkin sub akut, tetapi bisa juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri agak congak, dan kurang percaya diri pada

orang lain. Skizofrenia Residual adalah keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya bleuler, tetapi belum jelas adanya gejala-gejala sekunder, keadaan ini biasanya timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

#### 7. Jenis Skizo aktif (Skizofrenia skizo afektif)

Secara bersamaan menonjol gejala gejala skizofrenia dan juga gejala-gejala depresi (skizo-depresif) atau gejala (skizo-manik). Jenis ini cenderung dapat sembuh tanpa efek, namun juga dapat timbul lagi serangan.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Keliat ( 2014) gejala-gejala Skizofrenia adalah sebagai berikut:

##### 1. Gejala positif

- a. Waham: keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, di pertahankan dan di sampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- b. Halusinasi : gangguan penerimaan paca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penciuman, penglihatan pengecap dan perabaan).
- c. Gangguan arus pikir
  - 1) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan pembicaraan.
  - 2) Inkoheren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).



3) Neologisme : menggunakan kata kata yang hanya dimengerti oleh pasien sendiri, tetapi tidak dimengerti orang lain.

d. Perubahan perilaku

1) Hiperaktif : perilaku motorik yang berlebihan

2) Agitasi : perilaku yang menunjukkan kegelisahan

3) Iritabilitas : mudah tersinggung

## 2. Gejala Negatif

a. Sikap masa bodoh (apatis)

b. Pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*)

c. Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)

d. Menurunnya kinerja atau aktifitas sehari-hari

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Ah Yusuf ( 2015) Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat diberikan dengan pemberian terapi yang diberikan secara komprehensif sesuai dengan tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Pengalaman terapis akan menentukan pilihan alternatif yang tepat, dan sering merupakan kombinasi antara satu terapi dengan lainnya. Beberapa alternatif terapi yang dapat diberikan antara lain dengan pendekatan farmakologi psikososial , rehabilitasi dan program intervensi keluarga.

#### 1. Terapi Farmakologi

Pada pendekatan farmakologis, penderita skizofrenia biasanya diberikan obat anti psikotik. Antipsikotik juga dikenal sebagai penenang mayor atau neuroleptic. Pengobatan antipsikotik membantu

mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut. Prinsip pemberian farmakoterapi pada skizofrenia adalah “ *start low, go slow*” dimulai dengan dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Berikut adalah sediaan antipsikotik yang sering diberikan. Pemberian antipsikotik dilakukan melalui 3 tahapan dosis, initial, optimal dan *maintenance*. Dosis optimal dipertahankan sampai 1-2 tahun. Dosis *maintenance* diturunkan perlahan sampai mencapai dosis terkecil yang mampu mengontrol gejala.

**Tabel 2.1 Dosis pemberian psikofarmaka**

Menurut Ah Yusuf (2015)

Haloperidol (Haldol, Lodomer dll)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediaan : tablet (0,5mg-1,5mg-2mg-5mg), injeksi (ampul, 1cc-5mg, im/iv), tetes/oral solution (30ml, dosis : 1 cc-2mg). injeksi long acting (50mg/cc/4 minggu).</li> <li>• Dosis initial : 5 mg/hari, 2x sehari.</li> <li>• Dosis optimal : 5-15mg/hari, 2-3x hari.</li> </ul>
Chlorpromazine (Largactil, Cepezet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediaan : tablet (25mg, 100mg), injeksi (50mg/2ml, im).</li> <li>• Dosis initial : 100-150mg/hari, sehari 1-2x</li> <li>• Dosis optimal : 150-600mg/hari, sehari 2-3x.</li> </ul>
Trifluoperazine (Stelazine)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediaan : tablet (1mg, 5mg).</li> <li>• Dosis initial : 5mg, dosis optimal : 10-15 mg/hari, 2-3x sehari.</li> </ul>

Terapi farmakologi juga harus ditunjang dengan pemberian terapi lain yang bersifat membantu penderita. Agar dapat kembali ke lingkungan sosial melalui psikoedukasi dan pelatihan-pelatihan keterampilan sosial.

## 2. Terapi psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skiofrenia adalah menjalin hubungan sosial yang sulit. Hal ini dikarenakan skizofrenia merusak fungsi sosial penderitanya. Untuk mengatasi hal tersebut, penderita diberikan terapi psikososial yang bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, tidak bergantung pada orang lain (Hawari, 2012).

## 3. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian lain rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, diantaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung 3-6 bulan (Hawari, 2012).

## 4. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga mempunyai banyak variasi namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skiofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga, dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan coping yang baik (Hawari, 2012).



### 2.1.6 Pencegahan

Sebenarnya keluarga dapat melihat dan menduga ada yang tidak beres dengan penderita skizofrenia pada tahap dini karena tingkah laku aneh yang diperlihatkannya, tetapi tidak mencermati lebih jauh dan menganggap itu bukan penyakit yang serius. Itu sebabnya penderita hanya dibawa berobat ke berbagai tempat, misalnya ke orang pintar, rohaniwan, pengobatan alternatif, dan sebagainya, bukan ke dokter. Setelah semua usaha gagal, barulah mereka sadar bahwa anggota keluarga mereka menderita penyakit dan memerlukan pengobatan serius, kemudian membawanya ke dokter. Oleh karena itu, meningkatkan pengetahuan masyarakat atas penyakit ini penting untuk memungkinkan upaya intervensi dini sesegera mungkin.

Keterlambatan penanganan skizofrenia ini akan berdampak buruk, penderita akan semakin sukar disembuhkan dan sering kambuh. selain itu, pengobatan menjadi semakin sulit dan akhirnya membuat penderita jatuh pada keadaan kronis perkepanjangan. selain itu, gejala gejala skizofrenia yang muncul bila didiamkan akan berdampak buruk pada perkembangan otak dan akhirnya penderita mengalami penurunan fungsi sosial yang berat (deteorisasi) dan menjadi kronis.

Penderita skizofrenia yang terlambat berobat akan cenderung “kebal” dengan obat-obatan atau menggunakan obat dengan dosis yang lebih tinggi, serta harus menjalani perawatan di rumah sakit lebih lama. Pada akhirnya, semua itu akan meningkatkan biaya pengobatan dan menjadi beban ekonomi bagi keluarga. Penyakit yang berkelanjutan juga akan sangat merugikan perkembangan psikologis dan kehidupan sosial penderita.

Karena penyakitnya ini, penderita akan mengurung diri, terisolasi dari kehidupan sosial, dan menjadi pasif dalam banyak hal. Penderita akan kehilangan banyak kesempatan dalam kehidupannya, kehilangan teman, keterampilan, pekerjaan, dukungan sosial, dan kepercayaan diri.

Kelompok pertama yang perlu mendapatkan perhatian adalah para remaja atau dewasa muda yang menunjukkan gejala gejala awal skizofrenia seperti terjadinya penurunan prestasi di sekolah atau pekerjaan, perubahan perilaku adanya gangguan tidur, penurunan nafsu makan, emosi yang labil, tegang, stress, mempunyai kepercayaan yang aneh atau tidak masuk akal, serta penurunan fungsi kognitif. Perlu diingat bahwa keberadaan gejala gejala tersebut merupakan pertanda dan bukan suatu kepastian diagnosis. Beberapa gejala mungkin hanya merupakan penyimpangan jiwa yang masih normal dari kehidupan remaja. Karena itu, konsultasi dengan ahli (psikiater) sangat diperlukan untuk memastikan langkah pengobatan.

Kelompok lain adalah mereka yang berasal dari keluarga yang banyak menderita skizofrenia serta mengalami beberapa gejala psikiatri ringan. Hingga kini, faktor genetik dipercaya mempunyai peranan yang besar sebagai penyebab skizofrenia. Beberapa penelitian genetik yang menggunakan kelainan neuro-kognitif menunjukkan hasil yang positif. Ini sejalan dengan teori bahwa gangguan neurokognitif disebabkan oleh kelainan genetik (Junaidi, 2012).

### 2.1.7 Intervensi Dini

Mengingat perbedaan dalam karakteristik, program pengobatan dini pada skizofrenia berbeda dengan penanganan penderita skizofrenia kronik. Pengobatan dini dilakukan pada usia muda dan mempunyai kesempatan yang lebih tinggi untuk sembuh atau kembali berinteraksi dengan masyarakat atau dengan kata lain dapat melanjutkan kehidupannya dengan lebih baik. Penanganan dini yang diberikan harus hati-hati, penuh empati dan tidak menimbulkan stigma negatif bagi penderita, dan keluarganya.

Ciptakan suasana kondusif sehingga penderita dan keluarga merasa bahwa seluruh staff medis adalah bagian dari keluarga besar mereka. Ini penting untuk memastikan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Penanganan sebaiknya menggunakan pendekatan manajer kasus yaitu salah satu staf medis berperan sebagai manajer bagian proses pengobatan dan kesembuhan penderita. Setiap manajer berperan aktif untuk memastikan seluruh proses pengobatan berjalan dengan baik. Manajer juga berperan sebagai penghubung antara keluarga dengan sistem pelayanan di rumah sakit, antara pasien dengan lingkungan kerja, dan dalam keadaan darurat dapat bertindak sebagai agen pengobatan lini pertama.

Konsultasi rutin penting agar penderita dapat meningkatkan kemampuannya dalam mengatasi tekanan hidup dan stress, serta siap menghadapi gejala-gejala yang mungkin timbul. Beberapa program dibuat khusus baik untuk penderita maupun untuk keluarga, melalui grup terapi, terapi okupasi atau pelatihan, konseling keluarga, dan grup terapi untuk keluarga.

Keluarga mendapat porsi yang sama besar dalam intervensi dini ini. Pertemuan antar anggota keluarga perlu difasilitasi dalam sesi grup terapi agar keluarga dapat saling belajar mengatasi masalah-masalah yang timbul. Secara khusus, sebaiknya dilakukan evaluasi terhadap fungsi kognitif, mengingat terganggunya fungsi kognitif akan menyulitkan proses penyembuhan.

Khusus untuk program pencegahan dan intervensi dini, obat yang digunakan hendaklah yang terbaik. Obat-obat yang telah lama disebut sebagai obat-obat tipikal, sebaiknya tidak digunakan. Efek samping obat tipikal mungkin timbul seperti kekakuan otot yang dapat menyebabkan pasien berjalan seperti robot dan tampak linglung akan mengurangi tingkat kepatuhan, serta juga meningkatkan stigma negatif. Obat-obat terbaru yang disebut dengan atipikal atau obat generasi kedua serta generasi ketiga akan lebih baik dan lebih bisa diterima penderita (Junaidi,2012).

#### **2.1.8 Komplikasi**

Komplikasi pada skizofrenia, terjadi jika skizofrenia tersebut pada tahap skizofrenia kronik, dan munculnya gejala-gejala negatif pada pasien tersebut seperti, munculnya sikap apatis yang nyata, kemiskinan pembicaraan, kurangnya dorongan, afek yang lambat dan tumpul atau kongruen, dan biasanya menyebabkan penarikan diri secara sosial dan menurunnya performa sosial.

Terjadinya perubahan perilaku personal. Gejala ini dapat ditandai sebagai perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu dan keseluruhan beberapa aspek perilaku personal, yang bermanifestasi sebagai

hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, dan perilaku memendam masalah (*self absorbed attitude*) serta penarikan diri secara sosial (Keliat B.A, & Akemat, 2014).

## 2.2 Konsep Isolasi Sosial

### 2.2.1 Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Keliat, 2011). Adapun kerusakan interaksi sosial merupakan upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran dan kegagalan, klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang di manifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Direja, 2011).

Isolasi sosial juga didefinisikan sebagai suatu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain mengatakan sikap yang negatif dan mengancam. Seringkali orang yang mengalami isolasi sosial juga akan mengalami gangguan/hambatan komunikasi verbal seperti penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses pesan (stimulus) yang diterima, dan tidak mampu memberi respon yang sesuai karena kerusakan sistem di otak (Kusumawati & hartono, 2011).



### 2.2.2 Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Proses terjadinya isolasi sosial pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

#### 1. Faktor predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya isolasi, meliputi :

##### a. Faktor biologis

Hal yang perlu dikaji pada faktor biologi yaitu meliputi adanya faktor hereditor dimana riwayat anggota keluarga yang juga mengalami gangguan jiwa. Adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu ditemukannya kondisi patologis otak, yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan struktur otak melalui pemeriksaan CT scan dan hasil pemeriksaan MRI untuk melihat gangguan struktur dan fungsi otak (Stuart & Laraia, 2005).

##### b. Faktor psikologis

Pasien dengan masalah isolasi sosial, seringkali mengalami kegagalan yang berulang dalam mencapai keinginan, hal ini mengakibatkan terganggunya konsep diri yang pada akhirnya berdampak dalam membina hubungan dengan orang lain. Koping individual yang digunakan pada pasien dengan isolasi sosial dalam mengatasi masalahnya, biasanya maladaptif. Koping yang biasa digunakan meliputi : represi, supresi, sublimasi dan proyeksi. Perilaku isolasi sosial timbul akibat adanya perasaan bersalah atau

menyalahkan lingkungan, sehingga pasien merasa tidak pantas berada diantara orang lain dilingkungannya.

Kurangnya kemampuan komunikasi, merupakan data pengkajian keterampilan verbal pada pasien dengan masalah isolasi sosial, hal ini disebabkan karena pola asuh pada keluarga yang kurang memberikan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya. Kepribadian *introvert* merupakan tipe kepribadian yang sering dimiliki pasien dengan masalah isolasi sosial. Ciri-ciri pasien dengan kepribadian ini adalah menutup diri dari orang sekitarnya. Selain itu pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan perilakunya di masyarakat, akibatnya pasien merasa tersisih maupun disisihkan dari lingkungannya.

Faktor psikologis lain yang mungkin menyebabkan isolasi sosial adalah kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan akan mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindar dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan. Dan merasa tertekan kondisi diatas, dapat menyebabkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, menghindar dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri sendiri, kegiatannya sehari-hari terabaikan (Stuart & Laraia, 2013).

### c. Faktor Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya pada pasien dengan isolasi sosial, sering kali diakibatkan karena pasien berasal dari golongan sosial ekonomi rendah hal ini mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan. Kondisi tersebut memicu timbulnya stress yang terus menerus, sehingga fokus pasien hanya pada pemenuhan kebutuhannya dan mengabaikan hubungan sosialisasi dengan lingkungan sekitarnya.

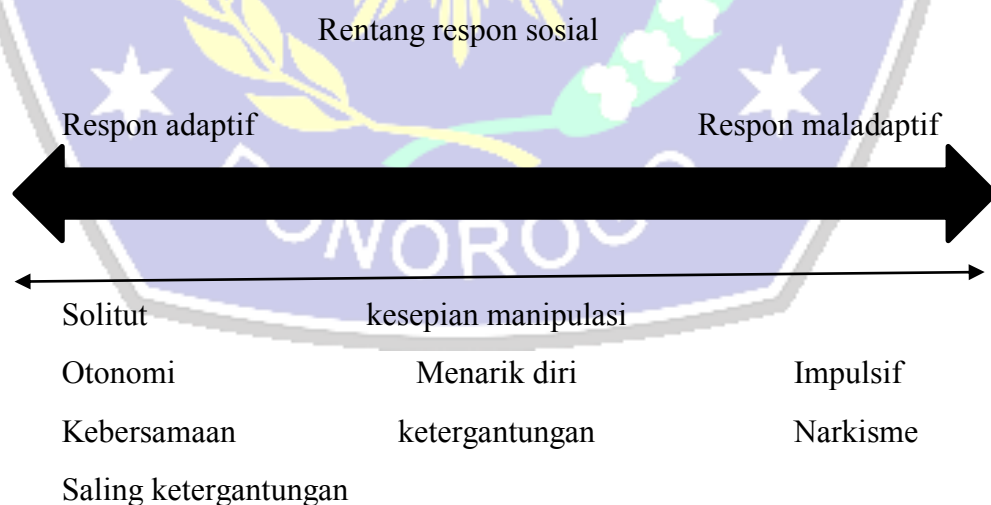
Stuart & Laraia (2010) mengatakan bahwa faktor usia merupakan salah satu penyebab isolasi sosial hal ini dikarenakan rendahnya kemampuan pasien dalam memecahkan masalah dan kurangnya kematangan pola berfikir. Pasien dengan isolasi sosial umumnya memiliki riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah tugas perkembangannya yaitu berhubungan dengan orang lain. Pengalaman tersebut menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam memulai hubungan, akibat rasa takut terhadap penolakan dari lingkungan.

Lebih lanjut stuart & Laraia (2010) mengatakan bahwa, tingkat Pendidikan merupakan salah satu tolak ukur kemampuan pasien berinteraksi secara efektif. Karena faktor Pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Pasien dengan isolasi sosial biasanya memiliki riwayat kurang mampu melakukan interaksi dan menyelesaikan masalah, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan pasien.

## 2. Faktor presipitasi

Ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Faktor lainnya pengalaman abuse dalam keluarga. Penerapan aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien dan konflik antar masyarakat. Selain itu pada pasien yang mengalami isolasi sosial, dapat ditemukan adanya pengalaman negatif pasien yang tidak menyenangkan terhadap gambaran dirinya, ketidakjelasan atau berlebihan peran yang dimiliki serta mengalami krisis stress atau pengalaman kegagalan yang berulang dalam mencapai harapan atau cita-cita, serta kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan. Faktor-faktor diatas, menyebabkan gangguan dalam berinteraksi sosial dengan orang lain, yang pada akhirnya menjadi masalah isolasi sosial.

### 2.2.3 Rentang Respon



**Gambar 2.1** Rentang Respon Isolasi Sosial (Sumber : Stuart and Sundeen, 1998).

Penjelasan Tentang Rentang Respon Isolasi Sosial :

1. Solitut (Menyendiri) solitut atau menyendiri merupakan respon yang dibutuhkan seorang untuk merenung apa yang telah dilakukan dilingkungan sosialnya dan suatu cara untuk menentukan langkahnya.
  2. Otonomi : kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
  3. Kebersamaan (mutualisme) : perilaku saling ketergantungan dalam membina hubungan interpersonal.
  4. Saling ketergantungan (interdependent) suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana hubungan tersebut mampu untuk saling memberi dan menerima.
  5. Kesepian kondisi dimana seseorang merasa sendiri, sepi, tidak adanya perhatian dengan orang lain atau lingkungannya.
  6. Menarik diri kondisi dimana seseorang tidak dapat mempertahankan hubungan dengan orang lain atau lingkungannya.
  7. Ketergantungan (dependent) : suatu keadaan individu yang tidak menyendiri, tergantung pada orang lain.
  8. Manipulasi : individu berinteraksi dengan pada diri sendiri atau pada tujuan bukan berorientasi pada orang lain / tidak dapat dekat dengan orang lain.
  9. Impulsive : keadaan dimana individu tidak mampu merencanakan sesuatu. Mempunyai penilaian yang buruk dan tidak dapat diandalkan.
  10. Narkisme : secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian. Individu akan marah jika orang lain tidak mendukungnya.
- (Townsend M.C, 2010).



### 2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil observasi.

1. Data subjektif :

Pasien mengungkapkan tentang :

- a. Perasaan sepi
- b. Perasaan tidak aman
- c. Perasaan bosan dan waktu terasa lambat
- d. Ketidakmampuan berkonsentrasi
- e. Perasaan ditolak

2. Data objektif :

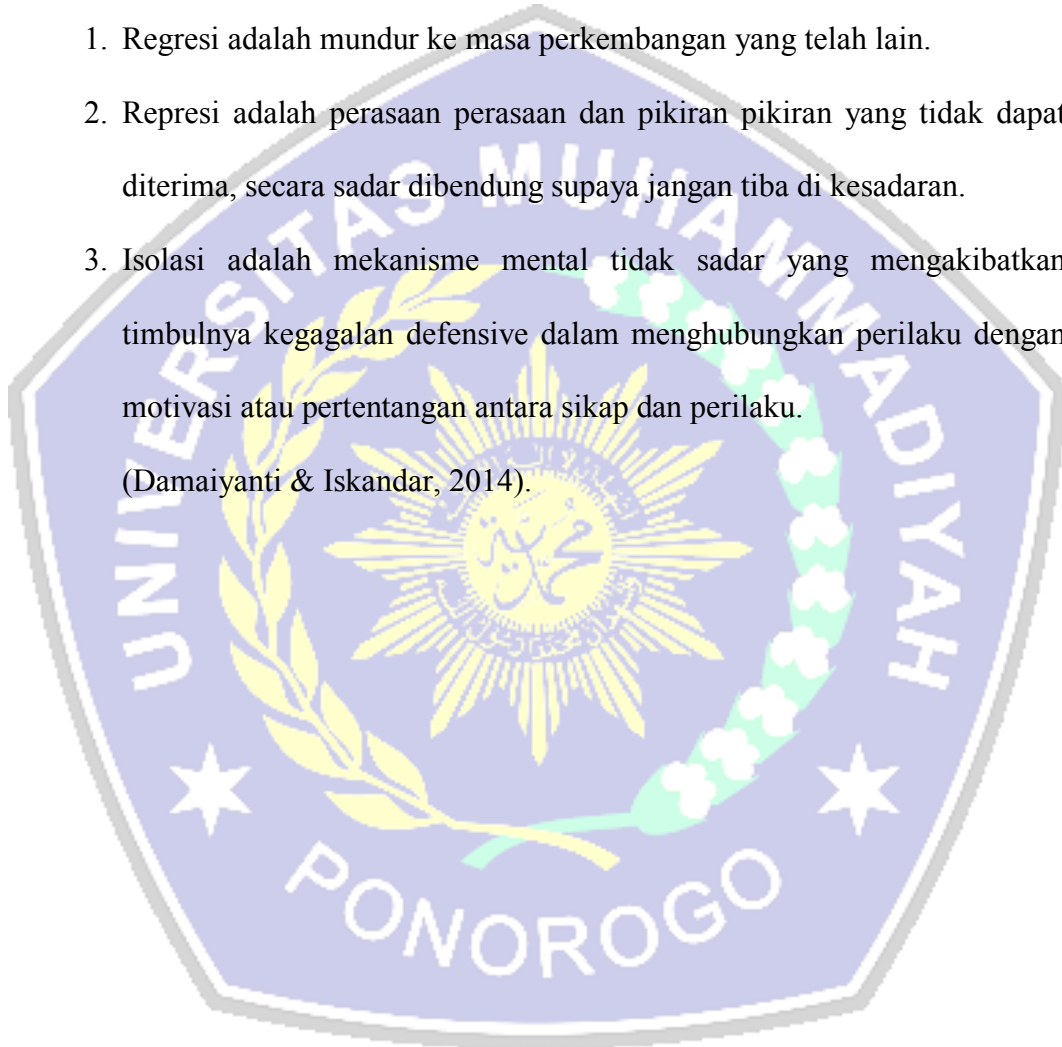
- a. Banyak diam
- b. Tidak mau bicara
- c. Tidak mau berinteraksi
- d. Tampak sedih
- e. Ekspresi datar dan dangkal
- f. Menyendiri
- g. Kontak mata kurang

(Herman, 2012).

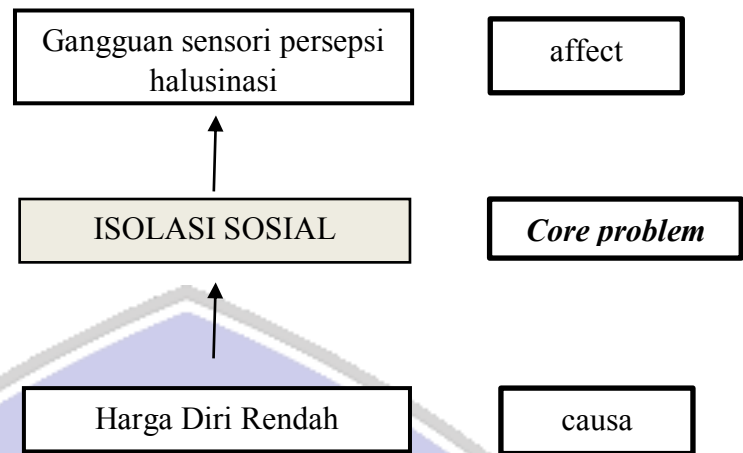
### 2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Kecemasan koping yang sering digunakan adalah regresi, represi, dan isolasi (Dermawan & Rusdi, 2013)

1. Regresi adalah mundur ke masa perkembangan yang telah lain.
  2. Represi adalah perasaan perasaan dan pikiran pikiran yang tidak dapat diterima, secara sadar dibendung supaya jangan tiba di kesadaran.
  3. Isolasi adalah mekanisme mental tidak sadar yang mengakibatkan timbulnya kegagalan defensive dalam menghubungkan perilaku dengan motivasi atau pertentangan antara sikap dan perilaku.
- (Damaiyanti & Iskandar, 2014).



### 2.2.6 Pohon Masalah



**Gambar 2.2 :** Pohon Masalah Isolasi Sosial (Herman, 2012).

**Keterangan :**

- : Masalah utama (Konsep utama yang ditelaah)
- : Tidak ditelaah dengan baik
- : Berpengaruh

Berdasarkan Gambar 2.2 dapat dijelaskan sebagai berikut : Masalah (*core problem*) pada gambar diatas adalah Isolasi Sosial. Penyebab pasien mengalami Isolasi Sosial dikarenakan pasien memiliki harga diri rendah. Apabila pasien isolasi sosial tidak diberikan asuhan keperawatan akan mengakibatkan gangguan sensori persepsi halusinasi.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Skizofrenia dengan Isolasi Sosial

### 2.3.1 Pengkajian Keperawatan

#### 1. Identitas

Terdiri dari : nama klien, umur : Skizofrenia simplex sering timbul pada masa pubertas skizofrenia hebefrenik pada massa remaja yaitu antara 15-25 tahun. Skizofrenia katatonik timbulnya yaitu antara umur 15-30 tahun. Skizofrenia paranoid biasanya muncul diatas umur 30 tahun. jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, alasan masuk, nomer rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi (Saputra, 2017).

#### 2. Keluhan utama

Keluhan biasanya berupa menyendiri (menghindar dari orang lain) komunikasi tidak ada, berdiam diri dikamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, dependen (Direja A. H., 2011).

#### 3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat kaitanya dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, dan kelemahan ego (Direja A. H., 2011).

#### 4. Faktor presipitasi

Menurut Direja, (2011) ada beberapa faktor presipitasi isolasi sosial, meliputi sebagai berikut :

a. Faktor eksternal

Contohnya adalah stressor sosial budaya, yaitu stress yang ditinggalkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.

b. Faktor internal

Contohnya adalah stressor psikologis, yaitu stress yang terjadi akibat ansietas atau kecemasan yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhinya kebutuhan individu.

5. Fisik

Keadaan sehat secara umum : gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal, kelemahan, kelelahan dan kecacatan. Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan. (Trihadi, 2014).

6. Psikososial

a. Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8% saudara kembar 2-15% dan saudara kandung 7-15% .



b. Konsep diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien. Yang meliputi :

a) Citra Tubuh

Kebanyakan persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas Diri

Umumnya dikaji status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya

c) Peran Diri

Umumnya meliputi tugas atau peran pasien dalam keluarga / pekerjaan / kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau peranya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

d) Ideal Diri

Berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah.

e) Harga Diri

Umumnya mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berhubungan dengan

orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

c. Hubungan sosial

Biasanya hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu dan menganggap orang lain sebagai suatu ancaman dan suka menyendiri. Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

d. Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu

b) Kegiatan Ibadah

Biasanya kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa

(Trihadi, 2014).

7. Kebutuhan sehari hari

Pada permulaan, penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minta untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, dan istirahat tidur (Kusumawati & Hartono, 2010).

## 8. Status mental

### a. Penampilan diri

Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tak terkunci, baju tidak diganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

### b. Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, afek tumpul, tatap mata kurang.

### c. Aktivitas motorik

Kegiatan yang dilakukan tidak bervariasi, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

### d. Emosi

Emosi dangkal. Pasien lebih nyaman dengan mengisolasi dirinya.

### e. Afek

Dangkal, tidak ada ekspresi roman muka (ekspresi sedih).

### f. Interaksi selama wawancara

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap.

### g. Persepsi

Tidak terdapat halusinasi dan waham.

#### h. Proses berfikir

Menurut (Saputra, 2017).

##### a) Isi Pikir

Isi pikir klien obsesi klien ingin cepat pulang kerumah agar klien dapat berkumpul dengan keluarga dan dapat bekerja agar bisa membahagiakan orang tuanya.

##### b) Waham

Klien mengatakan sadar akan keberadaan dirinya. Klien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda waham serta tidak pernah berbicara di luar nalar manusia (pembicaraan realistik).

##### c) Arus pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, jawaban dapat dipahami, dan tidak berbelit-belit. Namun klien menjawab dengan nada pelan dan lambat.

##### i. Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan serta pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara kualitatif).

##### j. Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, dan orang.

k. Kemampuan penelitian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

l. Tilik diri

Tak ada yang khas.

(Direja A. H., 2011).

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka / tidak suka / pantang) dan cara makan
- 2) Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan

b. BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK :

- 1) Pergi, menggunakan dan membersihkan WC
- 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian

c. Mandi

- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut)
- 2) Observasi kebersihan tubuh dan bau badan



d. Berpakaian

- 1) Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki
- 2) Observasi penampilan dan dandan klien
- 3) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
- 4) Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian

e. Istirahat dan tidur

- 1) Lama dan waktu tidur siang / tidur malam
- 2) Persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa
- 3) Kegiatan sesudah tidur, seperti merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka dan menyikat gigi

f. Penggunaan obat

- 1) Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara
- 2) Reaksi obat

g. Pemeliharaan kesehatan

- 1) Apa, bagaimana, kapan dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut.
- 2) Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

h. Kegiatan didalam rumah

Meyiapkan, mengolah, dan menyajikan makanan

- 1) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
- 2) Mencuci barangnya sendiri
- 3) Mengatur kebutuhan yang digunakan untuk biaya sehari-hari

i. Kegiatan diluar rumah

- 1) Belanja untuk kebutuhan sehari-hari
- 2) Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum
- 3) Kegiatan lain yang dilakukan klien diluar rumah (bayar listrik / telepon / air, kantor pos dan bank)

(Saputra, 2017).

10. Mekanisme koping

a. Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

b. Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

(Saputra, 2017).

## 11. Masalah psikososial dan lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien beri uraian yang spesifik, singkat, dan jelas. ( Yusuf & dkk, 2015).

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

## 12. Pendidikan

Biasanya pada pasien dengan Isolasi sosial mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan (Saputra, 2017).

## 13. Sumber Koping

### *a. Personal ability*

- 1) Tidak komunikatif dan mengarah pada menarik diri
- 2) Kesehatan umum klien, adanya kecacatan, atau kelemahan otot
- 3) Ketidakmampuan dalam mengambil keputusan dan memecahkan masalah
- 4) Kemampuan berhubungan dengan orang lain kurang
- 5) Pengetahuan tentang masalah isolasi sosial
- 6) Kurang mampu dalam berinteraksi
- 7) Integritas ego yang tidak adekuat

*b. Sosial support*

- 1) Tidak adanya orang terdekat yang mendukung keluarga, teman, kelompok
- 2) Kurangnya hubungan antara individu, keluarga serta masyarakat
- 3) Jarang terlibat dalam organisasi sosial
- 4) Adanya permasalahan dalam nilai budaya

*c. Material assest*

- 1) Pendapatan individu atau keluarga yang tidak mencukupi
- 2) Kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Tidak mempunyai pekerjaan
- 4) Tidak mempunyai uang untuk berobat, tabungan tidak ada
- 5) Tidak memiliki kekayaan barang yang berharga

*d. Positif belief*

- 1) Kurangnya keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan
- 2) Tidak memiliki semangat untuk sembuh
- 3) Penilaian negatif terhadap pelayanan kesehatan
- 4) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

(Wahyuni, 2017).

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan Isolasi Sosial

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala isolasisosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah :

( Herman, 2011).

#### ISOLASI SOSIAL

### 2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Isolasi Sosial

Menurut Direja A. H (2011) strategi pelaksanaan kepada pasien dengan lima Strategi Pelaksanaan yaitu :

TUM =

Klien dapat berinteraksi dengan orang lain

1. SP (1)

TUK : Klien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial

1. Identifikasi penyebab isolasi sosial pasien.
  - a) Tanyakan siapa saja yang paling dekat.
  - b) Siapa yang tidak dekat.
  - c) Diskusikan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain
  - d) Diskusikan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
  - e) Latih pasien berkenalan dengan perawat atau tamu dan pasien lain
  - f) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.

## 2. SP (2)

TUK : Klien mampu melakukan kegiatan berkenalan ( beberapa orang )  
dan melakukan kegiatan

1. Diskusi dengan pasien cara berbicara dengan melakukan kegiatan
  - a) Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang)
  - b) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan
  - c) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan

## 3. SP (3)

TUK : Klien mau berlatih cara berkenalan, berbicara saat melakukan  
kegiatan dengan 2 orang

1. Ajarkan cara berkenalan dan berbicara dengan 2 orang sampai 4  
pasien dengan melakukan kegiatan
  - a) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan beberapa orang
  - b) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian
  - c) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan

## 4. SP (4)

TUK : Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap  
dengan kelompok

1. Ajarkan pasien cara berkenalan dan anjurkan kegiatan latihan  
berkenalan berbicara saat melakukan hubungan sosial.
  - a) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan  
kegiatan harian



- b) Latih 2 cara berbicara sosial : meminta sesuatu, dan menjawab pertanyaan
- c) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

#### 5. SP (5)

TUK : Klien dapat mempraktekkan cara berkenalan berbicara saat melakukan kegiatan harian dengan satu orang dan sosialisasi serta mengetahui cara patuh minum obat.

1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara, saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi dan mengetahui cara patuh minum obat.

Sedangkan penatalaksanaan keluarga menurut (Hastuti, 2014) adalah keluarga dengan melakukan strategi pelaksanaan yang diharapkan keluarga mampu melakukan :

#### 1. SP (1)

- a. Mampu menjelaskan pengertian, tanda dan gejala serta proses terjadinya isolasi.
- b. Mampu memperagakan cara merawat isolasi sosial dengan melatih berinteraksi.

#### 2. SP (2)

- a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan cara merawat langsung kepada klien.

#### 3. SP (3)

- a. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*).

### 2.3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

Strategi Pelaksanaan (SP) untuk pasien :

**Tabel 2.2 :** Strategi pelaksanaan untuk pasien :

SP 1 Pasien	<p>BHSP &amp; Mengidentifikasi penyebab isolasi Sosial :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal</li> <li>2) Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai</li> <li>4) Siapa yang serumah</li> <li>5) Siapa yang dekat</li> <li>6) Siapa yang tidak dekat</li> <li>7) Apa sebabnya</li> <li>8) Diskusi dengan klien tentang keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.</li> <li>9) Melatih cara berkenalan dengan teman perawat atau tamu. Mengucapkan “nama, hobby, ” jika bertemu dengan orang. Mengucapkan kata “minta maaf” jika berbuat salah.</li> <li>10) Masukkan dalam kegiatan harian klien.</li> <li>11) Latihan berkenalan dengan teman kamar 2x sehari.</li> <li>12) Latihan berkenalan dengan perawat 2x sehari.</li> </ol>
-------------	--

SP 2 Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1).</li> <li>b. Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian</li> <li>c. Memasukkan ke jadwal kegiatan harian untuk latihan berkenalan               <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Latihan berkenalan dengan teman kamar 2x sehari.</li> <li>2) Latihan berkenalan dengan perawat 2x sehari.</li> </ul> </li> <li>d. Melatih cara patuh minum obat.</li> </ul>
SP 3 Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengevaluasi jadwal harian klien (SP1 &amp; SP2)</li> <li>b. Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian.</li> <li>c. Masukkan dalam jadwal harian klien untuk latihan berkenalan 4 sampai 5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.</li> </ul>
SP 4 Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1,2&amp; 3).</li> <li>b. Mempraktekkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih (kelompok).</li> <li>c. Latih cara berbicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan.</li> <li>d. Memasukkan pada kegiatan untuk latihan berkenalan &gt; 5 orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.</li> </ul>
SP 5 Pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengevaluasi jadwal harian klien (SP 1,2,3,4 &amp; 5).</li> <li>b. Melatih kegiatan harian.</li> <li>c. Melatih cara patuh minum obat.</li> <li>d. Nilai kemampuan yang telah mandiri.</li> <li>e. Menilai apakah isolasi sosial teratasi.</li> </ul>

### 2.3.5 Evaluasi Kemampuan Pasien

Evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil jika didapatkan :

S : SUBYEKTIF

1. klien mengatakan sudah dapat berkenalan secara mandiri
2. klien sudah banyak teman
3. klien mengatakan suka banyak teman

O : OBJEKTIF

1. Nampak dapat berkenalan
2. Klien Nampak senang
3. Klien Nampak mempraktekkan kegiatan harinya
4. Klien Nampak bersosialisasi

A : ASSESMENT

1. Isolasi sosial (-) Berkurang

P : PLANNING

1. Pertahankan latihan berkenalan > 5 orang baru baru, berinteraksi saat melakukan kegiatan harian dan bersosialisasi

## 2.4 Hubungan Antar Konsep

**Gambar 2.3** hubungan antar konsep ( Direja A. H , 2011).

